

MRN: _____

Nombre del paciente: _____

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA – CUESTIONARIO DE DETECCIÓN PARA INYECCIÓN DE INTRAVASCULAR CONTRASTE YODADO

RADIOGRÁFICO (CT Scan Questionnaire – Screening

Questionnaire for Injection of Intravascular Radiographic Iodinated Contrast)

Altura _____ pulgadas | Peso _____ libras

1. CT sin contraste **Todos los pacientes**	Sí (S)	No (N)	Desconocido
Is this safety screening form being waived by MD due to urgency? If yes, enter MD's name and pager ID:			
Physician Name _____ Pager ID# _____			
¿Pesa más de 450 libras?			
¿Existe la posibilidad de que pueda estar embarazada? En caso afirmativo, se requiere una consulta médica.			
• ¿Semana gestacional del embarazo? _____			
2. Tomografía computarizada con contraste y/o tomografía intervencionista – **Todos los pacientes que reciban contraste intravenoso**	Sí (S)	No (N)	Desconocido
¿Es alérgico al yodo, ha tenido complicaciones con el medio de contraste inyectado o tiene alergias múltiples graves? En caso afirmativo, describa la complicación:			
• En caso afirmativo, ¿recibió un medicamento para prevenir una reacción alérgica al yodo 24 horas antes del examen?			
¿Le han diagnosticado asma o ha usado un inhalador? En caso afirmativo, lleve su inhalador a la cita para la tomografía computarizada.			
¿Tiene una vía venosa central/ catéter venoso central de acceso periférico/reservorio?			
¿Tiene hipertiroidismo sintomático o tiene programada una gammagrafía de tiroides de Medicina Nuclear o terapia con yodo radiactivo dentro de las 6 semanas de la cita programada? En caso afirmativo, se requiere una consulta médica.			
¿Usted está en diálisis? En caso afirmativo, responda a las dos preguntas siguientes:			
• ¿Ha estado en diálisis por menos de 3 meses?			
• ¿Su producción de orina es de más de 1 taza al día?			
¿Se ha sometido a una intervención quirúrgica renal o padece alguna enfermedad renal, o tiene antecedentes familiares de insuficiencia renal?			

TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA – CUESTIONARIO DE DETECCIÓN PARA INYECCIÓN DE INTRAVASCULAR CONTRASTE YODADO RADIOGRÁFICO (CT Scan Questionnaire – Screening

Questionnaire for Injection of Intravascular Radiographic Iodinated Contrast)

MRN: _____

Nombre del paciente: _____

2. Tomografía computarizada con contraste y/o tomografía intervencionista – **Todos los pacientes que reciban contraste intravenoso** (continuado)	Sí (S)	No (N)	Desconocido
¿Está tomando medicamentos o inyectándose insulina para controlar su diabetes? En caso afirmativo, indique los medicamentos:			
¿Está tomando medicamentos que contienen METFORMINA? En caso afirmativo, enumere los medicamentos: _____ (Referring MD might need to withhold METFORMIN 48 hours after scan)			
¿Le han hecho o le están evaluando para un trasplante de órganos sólidos? (hígado, riñón, corazón, pulmón)			
¿Está tomando medicamentos para controlar la presión arterial alta o la insuficiencia cardíaca? En caso afirmativo, indique los medicamentos:			
¿Le han diagnosticado mieloma, lupus, esclerodermia y/o artritis reumatoide?			
¿Está tomando medicamentos antiinflamatorios / analgésicos diariamente (incluso de venta libre) durante más de tres meses, que no sean aspirina y Tylenol? (Ejemplos: Advil, Naproxeno, Motrin, Ibuprofeno)			
¿Ha recibido quimioterapia desde la última vez que le hicieron un análisis de sangre para verificar los niveles de creatinina o TFG?			
3. Tomografía computarizada cardíaca/coronaria **Todos los pacientes programados para TC cardíaca**	Sí (S)	No (N)	Desconocido
¿Has usado betabloqueantes? En caso afirmativo, comente las reacciones adversas:			
¿Está usted, independientemente de si es hombre o mujer, tomando algún medicamento típicamente usado para aumentar el flujo sanguíneo, para el síndrome de disfunción eréctil o para la hipertensión pulmonar como Cialis, Viagra, Tadalafil, Adcirca? Si es así, retenga este medicamento durante 72 horas antes del examen.			

Este formulario fue completado por (Imprimir nombre): _____

(This form was completed by [Print Name])

